

AKTUAR MOLIYA VA BUXGALTERIYA HISOBI ILMIY JURNALI

Vol. 4 Issue 03 | pp. 397-413 | ISSN: 2181-1865

Available online <https://finance.tsue.uz/index.php/afa>

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҲАСИНИ МОЛИЯЛАШТИРИШДА ТИББИЙ СУҒУРТАНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИНГ КОНЦЕПТУАЛ АСОСЛАРИ



Умурзакова Мўътабархон Нодир қизи,
ЎзМУ, “Макроиктисодиёт”
кафедраси доцент вазифасини бажарувчи, PhD

Аннотация: Мақолада жаҳон мамлакатларида соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштиришда тиббий суғуртани ташкил этишнинг концептуал асослари таҳлили амалга оширилган.

Калит сўзлар: Соғлиқни сақлаш тизими рейтинги, аҳоли саломатлиги, тиббий суғурта, соғлиқни сақлаш, соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш, тиббий ёрдам, пуллик тиббий хизмат.

Аннотация: В статье анализируются концептуальные основы организации медицинского страхования при финансировании здравоохранения в странах мира.

Ключевые слова: Рейтинг системы здравоохранения, здравоохранение, медицинское страхование, здравоохранение, финансирование здравоохранения, медицинская помощь, платная медицинская услуга.

THE PLACE OF HEALTH INSURANCE IN THE “HEALTHCARE SYSTEM RATING” SYSTEM OF INDICATORS.

Abstract: The article analyzes the conceptual foundations of the organization of health insurance when financing health care in countries around the world.

Key words: Healthcare system rating, healthcare, medical insurance, healthcare, healthcare financing, medical care, paid medical service.

Соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш имкониятларини кенгайтириш, шунингдек, аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш даражасини ошириш мақсадида тиббий суғуртани ривожлантириш суғуртанинг замонавий фаолиятининг муҳим босқичи ҳисобланади.

Тиббий суғуртани такомиллаштириш муаммоси дунёнинг кўплаб ривожланган мамлакатлари учун долзарбдир, чунки бу соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштиришнинг самарали механизмини шакллантириш омили бўлиб, ўз навбатида, бутун давлат иқтисодиётининг ривожланишига таъсир қилади.

Ҳозирги босқичда соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштиришнинг учта асосий ташкилий-иқтисодий моделини ажратиш мумкин (1 -жадвал).

**Соғлиқни сақлаш соҳасини ташкил этиш ва молиялаштириш моделлари
[1]**

1-жадвал

Белгилари	Давлат ёки бюджет (Бевериджа тизими)	Суғурта тиббиёти ёки бюджет суғуртаси (Бисмарк тизими)	Аралашган
Бошқарув мақсади	Тўлиқ ҳуқуқли профилактика ва даволашни амалга ошириш ҳар бир фуқаро учун истисносиз мавжуд	Бахтсиз ҳодисалар, касалликлар, ногиронлик вақарилик ҳолатларида меҳнатга лаёқатли аҳоли учун суғурта маблағларидан фойдаланиш. Моделнинг ўзагини мажбурий ижтимоий суғурта институти ташкил этади	Бу давлат бюджети маблағлари, тиббий суғурта ва бемор томонидан бевосита тўланадиган тиббий хизматлар ўртасидаги турли нисбатлар билан белгиланади ва индивидуал ҳимоя хусусиятларига эга.
Молиялаштиришнинг асосий манбалари	Давлат бюджети	Давлат бюджети, иш берувчи ҳиссаси, ходим ҳиссаси	Бемор маблағлари, ихтиёрий суғурта бадаллари
Асосий тамойиллари	Ижтимоий таъминотнинг универсаллиги, ижтимоий таъминотнинг бирлиги ва ижтимоий таъминотнинг турли шакллариининг интеграцияси	Ходимлар ва иш берувчиларнинг мажбурий бирдамлик ўзаро ёрдами, ижтимоий таъминотни бевосита иш берувчилар ва ходимлар томонидан бошқариш, меҳнатдан ижтимоий таъминот муносабатлари	Суғурта бадаллари ва тўловларнинг аниқ шахсларга эквивалентлиги принципи
Аҳоли тоифалари	Барча аҳоли (оммавий)	Барча аҳоли (оммавий)	Аҳолининг тўловқобилиятига мувофиқ

Белгиси	Штат ёки бюджет (Беверидге тизими)	Суғурта тиббиёти ёки бюджет суғуртаси (Бисмарк тизими)	аралашган
Аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш	Бепул	Ижтимоий бирдамлик тамойили асосида бепул ва "харажатларни тақсимлаш" асосида тўланади.	Камбағаллар учун давлат ёки хайрия жамғармалари томонидан тўланади
Тиббиёт ташкилотлари	Асосан давлатга тегишли	Давлат ва хусусий мулк	Асосан хусусий мулк
Соғлиқни сақлашни бошқариш	Давлат, ижро этувчи ҳокимият органлари	Давлат, ижро этувчи ҳокимият органлари	Давлат, автоном
Аъзо давлатлар	Буюк Британия (1948 йилдан), Дания, Ирландия, Испания, Канада, Италия (1986 йилдан), Шотландия, Швеция (1955 йилдан)	Германия (1881 йилдан), Белгия, Австрия, Швейцария, Греция, Люксембург, Голландия, Япония, Франция	АҚШ, Португалия, Нидерландия, Лотин Америкаси давлатлари
Молиялаштришнинг марказлаштриш даражаси	ЯИМ (Ялпи ички маҳсулот) ни бюджетда марказлаштришнинг ўртача даражаси 35-45% гача бўлган мамлакатларга хосдир.	У ЯИМ (ялпи ички маҳсулот) нинг давлат марказлашуви юқори бўлган мамлакатлардақўлланилади, яъни 50-60%.	У ЯИМ (ялпи ички маҳсулот) нинг марказлашуви унчалик катта бўлмаган - тахминан 25-30% бўлган мамлакатларда қўлланилади, бу ерда жисмоний шахсларнинг маблағлари устунлик қилади.
Иқтисодий самарадорлик	Паст	Юқори	Жуда баланд

Соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштришнинг давлат модели (Бевериж модели) бюджет манбаларидан (90% гача) молиялаштририлади ва иқтисодиёти ривожланган, барқарор солиқ тизими, бандлик даражаси юқори ва демографияси мувозанатлашган мамлакатларда муваффақиятли фаолият юритади. Мазкур модел Буюк Британияда ишлаб чиқилган бўлиб, суғурта мукофотлари орқали ижтимоий

таъминотни яхшилашга қаратилган бўлиб, уларнинг тўловчилари: миллий суғурта фондига бадалларнинг учдан биридан кўпроғини тўловчи ходимлар; даромадларнинг учдан биридан камроғи ва давлат бюджети - чорақдан кўпроғини тўловчи иш берувчилар[2] ҳисобланади.

Буюк Британияда соғлиқни сақлаш соҳасини бюджетдан молиялаштириш тизими қўлланилади, бу унинг давлат аҳамиятига молик бошқарувнинг юқори даражада марказлаштирилганлиги билан белгилайди. 1912 йилда мажбурий тиббий суғурта тамойилларини назарда тутувчи "Суғурта тўғрисида"ги қонун қабул қилинди. Бу қонун меҳнат шартномаси бўйича деярли барча ишчи ва хизматчиларга тарқалди, айрим истиснолардан ташқари, Англия, Шотландия ва Ирландия аҳолисининг учдан бир қисмини мажбурий тиббий суғурта билан қамраб олди.[3]

Миллий соғлиқни сақлаш тизими солиқ тўловчилар томонидан киритилган маблағлар (соғлиқни сақлаш соҳаси бюджетининг 90%) ҳисобидан мавжуд бўлиб, ҳукумат томонидан соғлиқни сақлашга ижтимоий харажатлардан ажратилади; Бюджетнинг 7,5 % ни иш берувчиларнинг бадаллари ҳисобидан шакллантирилади.

Барча ходимлар мажбурий тиббий суғуртага тортиладилар, турмуш қурган ишсиз аёллар эса бундан мустасно. Ушбу маблағлар ҳисобидан вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик ва касаллик муносабати билан моддий ёрдам кўрсатилади. Беморлар даволаниш нархининг 10 % ини тўлайдилар.[4]

Буюк Британия Миллий соғлиқни сақлаш хизмати томонидан таъминланмаган тиббий хизматлар соҳаси хусусий тиббий суғурта билан қопланади.[5]

Канадада 1971 йилдан бошлаб умумий соғлиқни суғурталаш миллий тизими ишлаб чиқилди ва жорий этилди, у стоматология, протезлаш ва дори-дармонларни сотиб олишдан ташқари барча турдаги тиббий ёрдам учун тўловни ўз ичига олади. Шундай қилиб, тиббий ёрдамнинг 90% и давлат маблағлари ҳисобидан қопланади ва барча соғлиқни сақлаш харажатларининг 25% и прогрессив солиқ билан қопланади.[6]

Умумжаҳон суғуртаси қамраб олинмаган ҳудудларда тўловлар ихтиёрий тиббий суғурта билан таъминланади. Бироқ суғуртанинг бу тури унчалик ривожланмаган.

Канадалиқлар учун тиббий хизмат умумий солиқ, суғурта бадаллари ва нақд тўловлар орқали молиялаштирилади.

Канадада тиббий суғурта жамғарма ҳисоб варақлари тизими (МСАс – Medical Saving Accounts (Тиббий жамғарма ҳисоблари) мавжуд бўлиб, улар иш берувчиларнинг бадаллари ҳисобидан шаклланади ва жамғарма ҳисоби тугаганидан кейин ходимлар тиббий хизматлар учун ўз чўнтагидан тўлайдилар. Жамғарма ҳисоб варақларидаги барча маблағлар, хусусан, ҳисоб-китоб даври тугаганидан кейин қолганлари ходимга тегишли. Канададаги ушбу соғлиқни сақлаш ислоҳоти икки томонлама йўналишга эга: ўз ҳақ-хуқуқларини билмаслик туфайли пуллик тиббий хизматлар истеъмолчилари шифокорларга ўз вақтида мурожаат қилмайди, бу эса тиббий харажатларни ошириши мумкин ва беморларнинг беҳабарлиги туфайли шифокорлар ўз хизматларига талабни сунъий равишда чеклайдилар. Шунинг учун

соғлиқни сақлаш соҳасини давлат томонидан молиялаштириш ва тиббий хизматлар бозорини тартибга солиш асосли ва зарурдир.[7]

Австралияда тиббий суғурта тизимининг асоси “Мэдикер” дастури бўлиб, унга кўра барча аҳолига стоматология ва шошилинч тиббий ёрдамдан ташқари, турли тиббий хизматлар нархининг 85% тўланади. Молиялаштириш иш ҳақининг 1% миқдордаги суғурта бадаллари ҳисобидан амалга оширилади. Давлат тиббиёт муассасаларида кам таъминланганларга тиббий ёрдам бепул кўрсатилади. Ихтиёрий тиббий суғурта етарлича ривожланмаган ҳолларда қўшимча хизматлар кўрсатади.[8]

Бюджет-суғурта модели тадбиркорларнинг, меҳнатга лаёқатли фуқароларнинг соғлиқни сақлаш жамғармасига ажратиладиган мақсадли бадаллари ва давлат субсидиялари ҳисобидан молиялаштирилади. Бюджетдан ташқари тиббий суғурта фондлари ҳисобидан молиялаштириш Германия (78%), Италия (87%), Франция (71%) ва Япония (73%) ва бошқаларда етакчилик қилади.[9]

Германияда марказлаштирилмаган тиббий суғурта тизими (Бисмарк модели) мавжуд бўлиб, у 1200 дан ортиқ профессионал тиббий суғурта фондларини (суғурта фондлари), ҳудудий асосда қурилган ва федерал даражада фаолият юритувчи суғурта фондларини ўз ичига олади. Ҳудудий тиббий суғурта компаниялари корхоналарда суғурта қилинмаган фуқаролар тоифаларини суғурта қилиш билан шуғулланади. Суғурта фондларининг санаб ўтилган турлари давлат тиббий суғуртаси тизимига киритилган. Бу мамлакат биринчилардан бўлиб тиббий суғуртани жорий қилди ва "меҳнат қонунчилиги даври" ни бошлади.

Германияда суғурта тиббиётининг асосий принципи - ходимлар ва иш берувчилар томонидан яратилган зарур маблағларни молиялаштириш учун шароит яратиш; бутун тиббий суғурта тизимининг ишлашини мониторинг қилиш; суғурта фондлари фаолиятининг қонун нормаларига мувофиқлигини таъминлаш, хусусан, суғурта дастурлари амалга оширилишини таъминлаш ҳисобланади. Шу муносабат билан тиббий суғурта мажбурий бўлиб, у ўзининг асосий шартларини - суғурта бадалларининг базавий ставкаларини, тиббий ёрдамни молиялаштириш ва ташкил этиш схемасини, тиббий хизматлар нархларини шакллантиришда иштирок этишни, тиббий суғурта тизимини бошқаришни белгилайди. Суғурталанганлар ва тиббиёт ходимларининг манфаатларини қондириш учун тиббий ташкилотлар ва шифокорларга муҳим ҳақ-хуқуқлар берилган.

Германияда тиббий суғурта ҳамма учун мажбурий эмас ва йиллик маоши 40 минг евродан паст бўлган кам таъминланган одамларга тегишли. МСТ тизимидаги бадаллар 11,2% дан 14,9% гача бўлган иш ҳақининг белгиланган фоизини ташкил этади, бу бадалнинг ярми иш берувчи томонидан тўланади ва тиббий суғурта полислари оилавий ҳисобланади.

Францияда тиббий суғурта 1910 йилда ўзаро ёрдам фондлари шаклида фаолият кўрсата бошлади. 1928 йилдан буён бу фондлар суғурта компанияларига айлантирилди. Бугунги кунда Францияда вертикал тиббий суғурта тизими мавжуд бўлиб, унга қуйидагилар киради: Ижтимоий хавфсизлик ва меҳнат вазирлиги томонидан назорат қилинадиган Миллий суғурта ташкилоти ва 129 та маҳаллий бўлимлар (суғурта жамғармалари), уларнинг ҳар бири алоҳида минтақада суғурта

учун жавобгардир ва бир-бири билан рақобатлашмайди. Маҳаллий филиаллар маълум миқдордаги мустақилликга эга, аммо марказдан мўмурий назоратга ўтиб туради. Франция тиббий суғурта тизими аҳолининг 78% ини қамраб олган.[10]

Суғурталанган шахслар шифокорларни ўзлари танлашлари мумкин ва даволаниш харажатлари деярли тўлиқ ижтимоий суғурта томонидан қопланади. Бошқа (қопланмаган) қисми жамоавий меҳнат шартномаларида назарда тутилган ижтимоий кафолатлар туфайли тўланади. Ижтимоий тиббий суғурта бадаллар ва махсус солиқлар ҳисобидан молиялаштирилади. Ходимнинг умумий иш ҳақининг 13,55% ижтимоий суғурта жамғармасига ушлаб қолинади (12,80% ушлаб қолиш иш берувчи ҳисобидан, 0,75% - ходим ҳисобидан амалга оширилади).[11]

Нидерландияда тиббий суғурта 1901 йилда бир неча юзлаб ўзаро ёрдам жамиятлари ва суғурта компаниялари шаклида пайдо бўлди. 1940 йилда тиббий суғурта тизимида стандартлаштириш талаблари асосида бошқариладиган тиббий суғурта жорий этилиши муносабати билан кўпчилик кичик компаниялар йирик суғурта фондларига бирлашдилар. Худудий суғурта жамғармалари фаолияти касаба уюшмалари, тиббиёт бирлашмалари, иш берувчилар ва давлат органлари вакилларидан иборат бўлган суғурта жамғармалари марказий кэнгаши томонидан тартибга солинади.[12]

1990 йилда Нидерландия ҳудудида аҳолининг 60% тартибга солинадиган тиббий суғурта тизимида суғурталанган ва аҳолининг 30% хусусий суғурта секторида эди. Хусусий суғурта компанияларида тузилган шартномаларнинг тахминан 40% и тадбиркорлар ва суғурта компаниялари ўртасидаги гуруҳ суғурта шартномаларига тўғри келади.[13]

90-йилларнинг бошларида “Деккер” режаси деб номланувчи ислоҳотлар парчаланган суғурта дастурларини универсал мажбурий тиббий суғурта тизими билан алмаштириш учун жорий этилди. Ислоҳотлар давомида аҳолининг барча тоифалари учун фойдадан фойзаларда ҳисобланган ва индивидуал рискларни акс еттирмайдиган ягона суғурта мукофоти ставкаси жорий этилди. Шу асосда йиғилган маблағлар суғурта фондида тўпланади ва кейин суғурталовчи томонидан суғурталанганнинг манфаатлари учун қайтраилади. Суғурталовчига тўлов суғурталанган шахсга тўғри келадиган ўлчов меъёрлари асосида амалга оширилади.[14]

Юқори турмуш даражаси Швецияда кузатилмоқда, бу ерда соғлиқни сақлашнинг умумий харажатлари ЯИМ нинг 8% ини ташкил этади, уларнинг асосий қисми солиқ тушумларидир. Барча соғлиқни сақлаш харажатларининг 42% и стационар ёрдамга, 37% и амбулатор ёрдамга, 12% и дори воситаларига, қолган қисми эса бошқарув ва давлат инвестицияларига сарфланади.[15]

Швецияда тиббий суғурта бўйича биринчи суғуртақонунчилиги 1898 йилда пайдо бўлган ва 16 ёшгача бўлган барча фуқароларни қамраб олган. Швеция ижтимоий суғурта тизими соғлиқни сақлаш ва стоматологик суғурта унинг ажралмас қисми бўлган мамлакатнинг барча аҳолиси учун мажбурийдир. Ижтимоий суғурта тизимини бошқарувчи худудий бюрлар фаолиятини назорат қилиш Миллий Кэнгаш томонидан амалга оширилади.

Соғлиқни сақлаш ва тиббий ёрдамга давлат томонидан маблағларнинг 18 фоизи, маҳаллий ҳокимият органлари - 51 % и, иш берувчилар - 31 % и ажратилади. Швеция суғурта тизимининг ўзига хос хусусиятларидан бири - суғурталанувчининг тиббий суғурта масалалари бўйича қонуний ҳуқуқларини суғурталовчиларга ўтказишидир.[16]

Япониядаги тиббий суғурта тизимини Бисмарк моделига боғлаш мумкин - барча фуқаролар учун мажбурий суғурта жорий этилган бўлиб, у суғурталанганлар, уларнинг иш берувчилари ва давлатнинг бадаллари ҳисобидан молиялаштирилади. [17]

1984 йилда бир нечта дастурлар бирлаштирилди ва ҳозирда иккита дастур фаолият кўрсатмоқда: давлат ва жамоат дастури. Бешта ва ундан ортиқ киши ишлайдиган корхоналарнинг барча ходимлари, шунингдек уларнинг оила аъзолари суғурта қилинади. Суғурта мукофотининг миқдори ҳар ойда белгиланган стандарт даромаддан ҳисобланади. Суғурта компаниялари хизмат кўрсатиш қулайлигини ошириш, қиммат дори воситалари ва тиббий технологиялардан фойдаланиш учун ихтиёрий тиббий суғуртани ҳам амалга оширадilar.[18]

1998-2008 йилларда Японияда тиббий суғурта тизимида бирқатор ислохотлар амалга оширилди, улар суғурта мукофотлари миқдорини ошириш ва 75 ёшдан ошган тиббий хизматлар олувчиларга ёрдам кўрсатишга қаратилган эди. Японияда тиббий-иқтисодий стандартларга ўтиш натижасида мустақил мониторинг ва кўрсатилаётган тиббий ёрдам ҳажми ва сифати билан боғлиқ зарур кўрсаткичларни аниқлаш катта аҳамиятга эга.[19]

Исроилда самарали тиббий суғурта тизими мавжуд бўлиб, аҳоли тўртта касаллик доирасида тиббий ёрдам олади. Соғлиқни сақлашга сарфланадиган барча харажатларнинг деярли ярми истеъмолчилар томонидан молиялаштирилади. Иш берувчининг бадаллари 30% ни ташкил қилади. Асосий тиббий хизматларнинг суғурта қопламасидан ташқари, ҳар бир жамғарма узоқ муддатли стационар даволаш ва профилактика хизматларини, қулайликни оширишни, доридармонларга чегирмаларни, экспертиза ва операциялар учун етакчи мутахассисларни жалб қилишни таъминлайдиган қўшимча тиббий суғуртани тақдим этади.[20]

1995 йилда Исроил суғуртачиларни суғурталовчилардан суғурта тўловларини йиғиш функциясини тиббий суғурта фондларига қолдириб, ижтимоий тиббий суғурта тизимига киритди.

Аралаш модел пуллик тиббий хизматларни амалга ошириш, шунингдек, ихтиёрий тиббий суғурта (АҚШ, Португалия, Нидерландия) ҳисобидан молиялаштирилади.

Соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштиришнинг аралаш тизимини ташкил этиш асосчиси таниқли молиячи ва сиёсатчи А. Гамилтон ҳисобланади. XIX аср бошларида АҚШ да биринчи нодавлат ижтимоий фондлар пайдо бўлди, уларнинг асосий тамойиллари коорпоратив капитални бошқариш эди. Нодавлат ижтимоий суғуртанинг асосини суғурталанган шахснинг шахсий бадаллари ташкил этади, уларнинг миқдори даромад даражасига, муайян шахснинг соғлиғига таъсирқилувчи

омилларга (ёши, касби, турмуш тарзи) ва демографик омилларга (ўртача умр кўриш давомийлиги, нафақага чиққандан кейинг яшаш даври ва ҳоказо.) боғлиқ.[21]

АҚШ да тиббий суғурта тизими марказий суғурта фондининг ҳаёт ва соғлиқни суғурталаш билан шуғулланувчи маҳаллий мустақил суғурта ташкилотлари тармоғи билан бирлашувига асосланган. Маблағлар бошқарув функцияларини бажармайдиган марказий фондда жамланади, сўнгра қонун билан тасдиқланган тўлов шакли асосида суғурта ташкилотларига тақсимланади. Ушбу тизим Қўшма Штатларда “Мэдикер” дастурлари - 65 ёшдан ошган ва соғлиғи оғир бўлган америкаликлар учун суғурта ва “Мэдикейт” - кам та’минланган оилалардаги аёллар ва болалар учун суғурта бўйича ишлайди. Ушбу тизимлар аҳолининг 20% дан ортиғини эгаллайди, иш жойидаги суғурта аҳолининг 58% ва иш жойидан ташқари ихтиёрий тиббий суғурта - 2%. Тиббий суғурта билан энг кўп қамраб олинган саноат ишчилари, давлат хизматчилари, касаба уюшма аъзолари, тўлиқ кунлик ишчилар. Ишни йўқотиш ўз-ўзидан тиббий суғуртани ҳам йўқотишга олиб келади.[22]

Шундай қилиб, қўшма Штатларда тиббий суғурта бандлик билан чамбарчас боғлиқ. Қўшма Штатлардаги соғлиқни сақлаш иқтисодиёти камчиликлар ва ортиқча нарсаларнинг парадоксал бирикмасидир. Қўшма Штатлар ялпи ички маҳсулотнинг 15% ини соғлиқни сақлашга сарфлайди[23]- бу дунёдаги бошқа мамлакатлардан кўра кўпроқ ва шу билан бирга, Америка аҳолисининг 15% дан ортиғи ўзларининг соғлиғи туфайли тиббий ёрдам харажатларидан молиявий ҳимояга эга эмаслар. суғурта етишмаслиги тиббий полислар - булар кам та’минланган, ишсизлар, уйсизлар ва тиббий суғурта тизими билан қамраб олинмаган корхоналар ходимларининг оила аъзоларидир.[24]

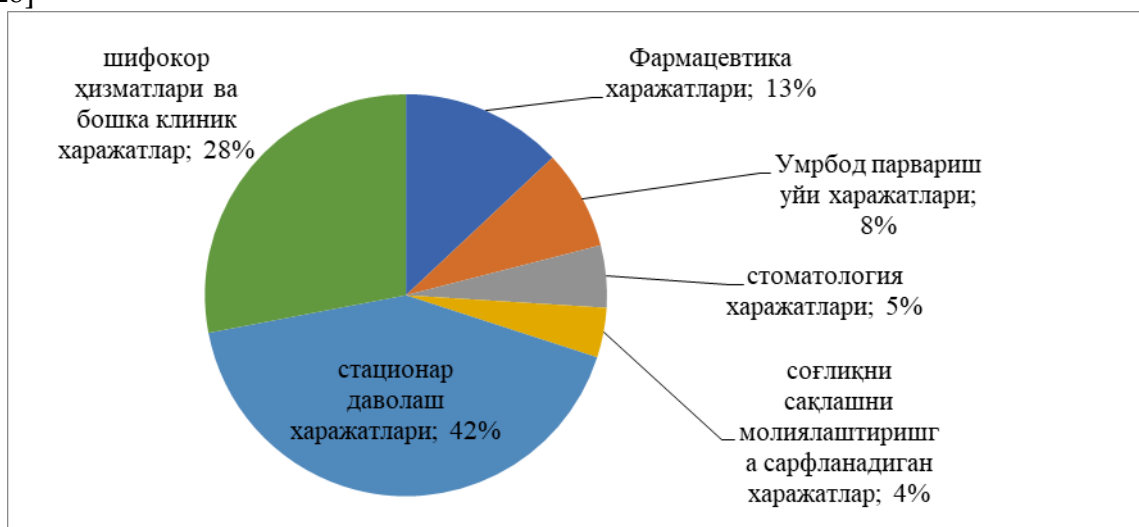
Қўшма Штатларда тиббий суғуртанинг асосий принципи тиббий ёрдамнинг юқори самарадорлиги ҳисобланади. Суғурта компанияси юқори муваффақият даражаси билан тўғри даволанишни қўллаш билан боғлиқ харажатларни қоплайди.

Қўшма Штатлар дунёдаги энг қиммат соғлиқни сақлаш тизимига эга ва сўнги ўн йилликларда унинг харажатлари юқори суръатларда ўсиб бормоқда. Масалан, сўнги ўттиз йил ичида соғлиқни сақлаш соҳасига умумий харажатлар 1979 йилдаги ЯИМнинг 8,5 % идан 2009 йилда ЯИМнинг 17,4 % игача ўсди ва бир киши бошига 8 баравардан кўпроқ ошди, бу қисман соғлиқни сақлашга ажратилган давлат харажатларининг ўсиши билан боғлиқ.

Шундай қилиб, АҚШ соғлиқни сақлаш саноатини молиялаштириш модели уни молиялаштиришда хусусий тиббий суғуртанинг устунлигига асосланади. 2009 йилда АҚШ да жами соғлиқни сақлаш харажатларидаги хусусий харажатлар улуши 51,4 % ини, хусусий суғурта эса 69,3 % ини ташкил етди. Хусусий тиббий суғурта кўплаб мамлакатларда қўлланилса-да, уларнинг аксариятида бу мажбурий тиббий суғурта ёки давлат соғлиғини сақлаш учун қўшимча молиялаштириш манбаи ҳисобланади.[25]

АҚШда соғлиқни сақлашга сарфланган ҳар бир долларнинг 42 % стационар ёрдамни молиялаштиришга кетади; 28 % шифокор ва бошқа клиник хизматлар учун; 13% фармацевтика харажатларига; 8 % умрбод парваришlash учун уй харажатлари учун; 5 % - стоматологик харажатлар; 4 % - соғлиқни сақлаш

соҳасидаги давлат фаолиятини молиялаштиришга сарфланган маблағлардир (1. - расм).[26]



1-расм – АҚШ да 1 АҚШ долларига тўғри келадиган соғлиқни сақлаш харажатлари таркиби [27]

Шуни таъкидлаш керакки, соғлиқни сақлаш соҳасини "соф" кўринишида молиялаштиришнинг таҳлил қилинган моделлари деярли ҳеч бир мамлакатда қўлланилмайди, аммо баъзи штатларда улар етакчи мавқега эга. Яъни, давлат ёки унинг органлари соғлиқни сақлаш хизматларини молиялаштиришда мажбурий равишда иштирок этадилар вақоида кўра, ижтимоий тиббий суғуртага ажратмалар бюджет маблағлари ҳисобидан тўлдирилади. Соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш моделини танлаш маданий, тарихий, ижтимоий-иқтисодий, демографик шароитлар, касалланиш ва маълум бир мамлакатда соғлиқни сақлашнинг умумий ҳолатини ва тиббий ёрдам даражасини тавсифловчи бошқа омилларга боғлиқ.

Шундай қилиб, соғлиқни сақлаш суғурта тамойилларига асосланган Германияда бюджет маблағларининг улуши унчалик катта эмас ва умумий харажатларнинг 10,2 % ни ташкил қилади. Ушбу соҳада бюджет харажатларининг энг катта роли Буюк Британияга тегишли умумий миқдорнинг 85%, чунки бу тизим бюджетдан молиялаштиришга асосланган. АҚШ ни ҳисобга олмаганда, бошқа давлатларда хусусий молиялашнинг улуши умумий харажатларнинг 30% ни ташкил қилади, жуда сезиларсиз ва саноат бюджетининг 5-13% ни ташкил қилади.

Соғлиқни сақлаш бюджетида етакчи ўринни суғурта тамойиллари бўйича тўпланган маблағлар эгаллайди: уларнинг умумий миқдори Германияда 77,5 %, Нидерландияда – 80 %, бу тиббий ёрдамни молиялаштиришнинг муҳим манбаларидан бири суғурта механизмлари орқали маблағларни жалбқилиш эканлигини кўрсатади (2-жадвал).

Германия, Голландия, Буюк Британия, АҚШда соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш манбалари, %.[28]

2-жадвал.

Молиялаштириш манбалари	Мамлакат			
	Германия	Голландия	Буюк Британия	АҚШ
Бюджет	10.2	45,0	85,0	44,0
Ижтимоий суғурта	67.3	35,0	0	0
Хусусий суғурта	9.8	13.0	5.0	30.0
Бемор томонидан хизматлар учун тўлов	12.7	7.0	10.0	26.0
Биргалиқдаги	100	100	100	100

Шуни таъкидлаш керакки, АҚШ, Англия, Швейцария каби катта миллий даромадга эга бўлган давлатлар, Ҳиндистон, Миср ва Мексика каби кам ривожланган давлатларга нисбатан аҳоли жон бошига тиббий хизматлар учун юқори харажатларга эга. Иқтисодий ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлаш соҳаси ҳар йили аҳоли жон бошига ўртача 74 доллар сарфлайди, ривожланаётган мамлакатларда эса бу маблағ 2 долларни ташкил қилади.[29]

Баъзи Европа мамлакатларида суғурта тизими 100 йилдан ортиқ вақт давомида, шу жумладан соғлиқни сақлаш харажатларини молиялаштириш орқали шакланган.[30]

Дунёнинг ривожланган мамлакатларида тиббий суғуртанинг характерли хусусиятлари 3-жадвалда келтирилган.

Дунёнинг ривожланган мамлакатларида тиббий суғуртанинг характерли хусусиятлари

3-жадвал

Мамлакат	Тиббий суғуртасининг пайдо бўлиши	Асосий тамойиллар	Аҳолини тиббий суғурта билан қамраб олиш даражаси
Германия	1881 йил	Марказлаштирилмаган тиббий суғурта тизими, давлат маблағлар яратиш учун зарур шарт-шароитларни таъминлайди ва тиббий суғурта тизимининг ишлашини назорат қилади.	99,8% (аҳолининг 90% - МСТ, 9% - ИСТ)
Франция	1910 йил	Вертикал тиббий суғурта тизими (Миллий суғурта ташкилоти ва маҳаллий филиаллар)	98% (аҳолининг 80% - МСТ)
Швеция	1898 йил	26 та ҳудудий ижтимоий суғурта	16 ёшдан ошган

		бюролари мавжуд бўлиб, уларнинг ўзига хос жиҳати суғурталанган суғурталовчилар томонидан тиббий суғурта масалалари бўйича қонуний ҳуқуқларини ўтказиш ҳисобланади.	барча аҳоли
Япония	1911 йил - малакасиз ишчилар учун, 1938 йил - қишлоқ аҳолиси учун	Иккита тиббий суғурта дастури мавжуд - давлат ва жамоат	95%
Буюк Британия	1912 йил	Миллий соғлиқни сақлаш тизими (МССТ) томонидан давлат молиялаш - даромаднинг 90%	Аҳолининг 13% - МССТ томонидан таъминланмаган ИСТ
АҚШ		Тиббий суғурта “Мэди кейт” ва “Мэди кер” дастурлари иш фаолияти билан чамбарчас боғлиқ	Аҳолининг 85%
Исроил		У давлат тиббий ёрдам тизимига эга эмас, Гистадрут касабачилари уюшмасининг суғурта фонди (83%) ва бошқа тиббий суғурта фондлари ишлайди.	94-96%
Болгария	1882 йил	Ягона тиббий хизмат фонди - Миллий соғлиқни сақлаш жамғармаси мавжуд, тиббиёт муассасалари хусусий, коммунал ва давлат мулкидан ўрин олган.	Бошқа давлат фуқаролигига эга бўлмаган ёки Болгарияда доимий яшовчи барча Болгария фуқаролари

Европа мамлакатларида тиббий суғурта шаклларининг роли ва ўрни 4-жадвалда кўриб чиқилади.

Европа мамлакатларида тиббий суғуртанинг ўрни.

4-жадвал

Мамлакат	Мажбурий суғурталаниш	Ихтиёрий суғурталаниш	Суғурталанмаганлик
Франсия	98 %	Мавжуд эмас	0,2-0,5 %
Германия	74 %	14 %	2 %
Голландия	маълумот йўқ	30 %	маълумот йўқ
Белгия	98 %	1 %	бир%
Канада	мажбурий	маълумот йўқ	маълумот йўқ
АҚШ	75 %, ҳар бир киши ўзини суғуртақилишга мажбурдир	маълумот йўқ	8-20 %

Кўпгина хорижий мамлакатларда мажбурий тиббий суғурта қуйидаги тамойилларга асосланади:

умумийлик - жинси, ёши, соғлиги ҳолати, яшаш жойи, шахсий даромад даражасидан қатъий назар, барча фуқаролар тиббий хизматлардан фойдаланиш ҳуқуқига эга;

давлатчилик - давлат мажбурий давлат ижтимоий тиббий суғурта тизимининг барқарорлигини таъминлайди ва аҳолининг ишламайдиган қисмини бевосита суғурталовчи ҳисобланади;

норентабеллик - мажбурий давлат ижтимоий тиббий суғуртасини амалга оширишдан олинган фойда бундай суғурта тизимининг молиявий захираларини тўлдириш манбаи бўлиб, бойитиш воситаси бўла олмайди. Хорижий мамлакатлар тажрибасини ҳисобга олган ҳолда, соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш моделларининг асосий афзалликлари ва камчиликларини ажратиш кўрсатиш керак (5-жадвал).

Соғлиқни сақлашни молиялаштириш моделларининг афзалликлари ва камчиликлари

5-жадвал

Моделлар	Афзалликлари	Камчиликлари
Давлат (бюджет)	Тиббий ёрдамнинг мавжудлиги ва нисбатан арзонлиги; соғлиқни сақлаш тизимини бозордаги турли ўзгаришлардан давлатнинг иқтисодий ҳимояқилиши; хусусий ва давлат секторларида тиббий ёрдам сифати бўйича сезиларли фарқларнинг йўқлиги; жамиятнинг	Молиявий ресурсларнинг етишмаслиги; бирламчи тиббий-санитария ёрдами тизимининг ривожланмаганлиги; тиббий хизматлар истеъмолчиларининг амалда йўқлиги; ресурслардан етарли даражада оқилона ва самарали фойдаланиш; бошқарувни марказсизлаштириш зарурати; соғлиқни сақлаш соҳасига бюджетдан ташқари манбалардан

	кексалар ва меҳнатга лаёқатсиз аъзоларига давлат томонидан бепул хизмат кўрсатиш кафолати	маблағларни жалб қилиш муаммоси
Суғурта тиббиёти (бюджет-суғуртавий)	Тиббий ёрдамнинг кенг қамровли хусусияти; жамиятнинг барча аъзолари учун истисносиз тиббий хизматларнинг юқори сифати; соғлиқни сақлаш соҳасинингқўшимча молиялаштириш манбаларига молиявий очиқлиги; кам даромадли аҳолини давлат томонидан тиббий-ижтимоий ҳимояқилишнинг ҳуқуқий кафолати; иш берувчиларнинг ўз ходимларининг соғлиғини мажбурий тўловлар орқали сақлашдан манфаатдорлиги	Стратегик ва жорий режалаштиришни таъминловчи тизим ичидаги жамғарма манбаларини излаш зарурати; турли манбалардан тасодифий даромадлар контекстида маблағларнинг умумий чекланиши; тиббий ёрдамнинг муайян турлари ва ҳажмларини молиявий таъминлаш учун ҳар бир молиялаштириш манбаларининг мос келишини юзага чиқара олмаслик
Аралаш (хусусий)	Рискларнинг барча гуруҳлари ва барча касблар, ижтимоий гуруҳларга тарқалиши; суғурталанган шахснинг барча тан олинган даволаш усулларига, барча лицензияланган шифокорларга умумий кириши кафолатланади, шифокорга кириш барча мижозлар учун бир хил; қайта тақсимлаш механизми мавжуд	инфляция жараёнлари, маблағлар активлари рентабеллиги даражасининг ўзгариши, инвестиция лойиҳалари рентабеллиги ва сиёсий жараёнлар билан боғлиқ тўпланган маблағларни тежаш хавфининг юқори даражасининг мавжудлиги; барқарор юқори даромадга эга бўлган шахслар ушбу тизимда иштирок этишлари мумкин

Хорижий мамлакатлар тажрибаси шунини кўрсатадики, иқтисодий ўзгартиришнинг дастлабки босқичларида самарали тиббий ёрдамга, биринчи навбатда, аҳолининг ижтимоий ҳимояга муҳтожқатламлари муҳтож. Меҳнатга лаёқатли аҳолига келсак, молия тизимининг бозор элементлари шакланган шароитда бундай аҳоли ўз саъй-ҳаракатлари билан ўз ҳаёти фаровонлиги ва ижтимоий таъминотини таъминлаши керак.

Юқорида айтилганлардан келиб чиққан ҳолда, бепул тиббиёт соҳаси ва уни суғурта жамғармалари ҳамда давлат бюджети маблағлари шаклида молиялаштиришнинг турли манбаларидан фойдаланишга йўл қўймаслик зарур.

Дунёнинг аксарият давлатлари аҳолини тиббий қўллаб-қувватлаш ва соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш моделларини мамлакат бюджети ҳажмига, соғлиқни сақлашга мумкин бўлган ҳаражатларга, тиббиёт саноатида тегишли инфратузилма мавжудлигига, тиббиётнинг ҳозирги ҳолатига, аҳолининг касалланиши, аҳолини ижтимоий ҳимоя қилишнинг умумий тизими, давлат томонидан тартибга солишнинг тарихий келиб чиқиши ва хусусиятлари қараб модернизация қилмоқда.

Қоидага кўра, давлат маблағлари устун бўлган мамлакатлар молиялаштириш тизимларини бошқаришни марказсизлаштириш ва соғлиқни сақлаш муассасаларини тижоратлаштиришга интилади. Бозорга асосланган молиялаштириш модели устунлик қиладиган мамлакатлар соғлиқни сақлаш соҳасини давлат томонидан молиялаштиришни кенгайтирмоқда.

Аҳоли учун тиббий суғурта мавжуд эмаслигидан келиб чиққан ҳолда ва Ўзбекистон Республикаси иқтисодиётини ривожлантириш шароитида суғуртадан фойдаланишнинг мумкин бўлган йўналишларини аниқлаш учун ривожланган бозор ва бозор иқтисодиётидаги мамлакатларда тиббий суғурта соҳасидаги сиёсатнинг мавжуд тажрибасини ҳисобга олган ҳолда тиббий суғурта асосида соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштиришни ташкил этишга концептуал ёндашувни ишлаб чиқиш зарур бўлади. Ушбу концептуал ёндашув ташкилий, иқтисодий ва ҳуқуқий жиҳатларни қамраб олиши керак, жумладан:

хорижий мамлакатларда тиббий суғуртанинг фаолият юритиш тажрибасини таҳлил қилиш ва уни амалга ошириш самарадорлиги ва тиббий суғурта асосида соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш;

давлат томонидан кафолатланган бепул тиббий хизматлар ҳажмининг амалдаги базавий пакетини белгилаш ва уларни кўрсатишни ташкил этиш учун етарли миқдорда молиявий ресурсларни таъминлаш;

таҳлилнинг олдинги босқичлари асосида тиббий суғурта бозори молиявий салоҳиятини шакллантиришдаги самарасизликнинг шартларини ва давлат ривожланишининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда тиббий суғуртани ривожлантиришнинг устувор йўналишларини аниқлаш;

тиббий суғурта бозорининг молиявий имкониятларини баҳолашга бўлган услубий ёндашувни ишлаб чиқиш;

соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштиришнинг асосий манбаи сифатида бюджет маблағларини, тиббий суғурта жамғармаларини, касаллик жамғармаларини ҳамда пуллик тиббий ва нотиббий хизматлар кўрсатишни, хайрия бадалларини, кредитлар, лизинг ва қонун ҳужжатларида тақиқланмаган бошқа манбаларни жалб қилган ҳолда давлат ва хусусий тиббий суғуртанинг кўп босқичли моделини шакллантириш; хусусий шерикчиликнинг инвестиция маблағларини жалб қилиш ва бошқарув функцияларини унга бериш имконияти билан давлат-хусусий шериклигини жорий этиш.

Тиббий суғурта асосида соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштиришни ташкил этишда ушбу концептуал ёндашувни қўллаш, тиббий суғурта фаолияти самарадорлигини оширади, тиббий суғурта асосида соғлиқни сақлаш соҳасини

молиялаштириш манбаларининг оқилона тузилмасини шакллантириш орқали аҳолининг соғлиқни сақлашга харажатларини камайтиради.

МТС тизими ва ИТС тизими, аҳолига тиббий ёрдам сифатини ошириш ва суғурта бозори ва тиббий суғуртанинг соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштириш воситаси ва аҳоли манфаатларини ижтимоий ҳимоя қилиш элементи сифатидаги ролини аниқроқ белгилашга хизматқилади.

Ушбу концептуал ёндашувни амалга ошириш натижаси тиббий суғурта бозори имкониятини ошириш ва соғлиқни сақлаш соҳасини молиялаштиришнинг қўшимча манбаларини аниқлаш мақсадида унинг молиявий салоҳиятини шакллантириш манбалари ва захираларини аниқлаш механизмининг асослаш ва тиббий суғуртанинг молиявий салоҳияти даражасини ҳисобга олиш ва аниқланган захиралардан фойдаланиш йўналиши сифатида иқтисодий ривожланиш истиқболларини баҳолашдир.

Юқоридагиларнинг барчаси аҳолини ижтимоий ҳимояқилиш элементи сифатида тиббий суғуртани ривожлантириш орқали соғлиқни сақлаш соҳасини қўшимча молиялаштириш манбаларини шакллантириш зарурлигини тасдиқлайди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Богуславский, С.И. Медицинское страхование: проблемы и перспективы/С.И. Богуславский, Ю.С. Шибалкина // Внешняя торговля, право и экономика. – 2008. – №4. – С. 83-86. Мних, М.В. Медицинское страхование и возможности его реализация/ М.В. Мних // Экономика и правительство. – 2006. – №11. – С. 39-41. Беялов, Т.Е. Опыт защиты прав потребителей денежных услуг республики Польша / Т.Е. Беялов, А.М. Ермошенко // Актуальные проблемы экономики. – 2010. – № 7(109). – С. 196-205. Маълумотлари асосида тузилди.
2. Мних, М.В. Медицинское страхование и возможности его реализация / М.В. Мних // Экономика и правительство. – 2006. – №11. – С. 39-41. Стеценко, В. Организационно правовые основы медицинского страхования: зарубежный опыт и предложения/ В. Стеценко // Предпринимательство, хозяйство и право. – 2009. – №1. – С. 10-13.
3. Сверхточий, Б. Социальное страхование в контексте истории / Б. Сверхточий // Социальная защита. – 2003. – № 3. – С. 20-24. Стеценко, В. Организационно правовые основы медицинского страхования: зарубежный опыт и предложения / В. Стеценко // Предпринимательство, хозяйство и право. – 2009. – №1. – С. 10-13.
4. Сверхточий, Б. Социальное страхование в контексте истории / Б. Сверхточий // Социальная защита. – 2003. – № 3. – С. 20-24. Гориславец, Л. Медицинское страхование: учимся в США и Европе. —: <http://www.panorama.pl.ua/doc.php?id=3535>.
5. Гориславец, Л. Медицинское страхование: учимся в США и Европе. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.panorama.pl.ua/doc.php?id=3535>.

6. Бучкевич, М.М. Опыт медицинского страхования в зарубежных странах/М.М. Бучкевич // Сборник научно-технических трудов. – 2011. – Вып.21.10. – С. 178-184.
7. Демьянишин, В.Г. Модель системы финансирования здравоохранения: концептуальные принципы и альтернативы / В.Г. Демьянишин, Т.Д. Ситаш // Финансы. – 2011. – №6. – С. 45-53.
8. Система здравоохранения и социальной страховки в Германии. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047>.
9. Богуславский, С.И. Медицинское страхование: проблемы и перспективы/С.И. Богуславский, Ю.С. Шибалкина // Внешняя торговля, право и экономика. – 2008. – №4. – С. 83-86.
10. Сверхточий, Б. Социальное страхование в контексте истории / Б. Сверхточий // Социальная защита. – 2003. – № 3. – С. 20-24.
11. Организация медицинского страхования в стране восходящего солнца. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058>.
12. Медицинское страхование в Австрии, Финляндии, Швеции, Италии, Израиле, США. —: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>.
13. Гориславец, Л. Медицинское страхование: учимся в США и Европе. —: <http://www.panorama.pl.ua/doc.php?id=3535>.
14. Медицинское страхование в Австрии, Финляндии, Швеции, Италии, Израиле, США. —: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>.
15. Сверхточий, Б. Социальное страхование в контексте истории / Б. Сверхточий // Социальная защита. – 2003. – № 3. – С. 20-24.
16. Бестремянная, Г.Е. Незавершенность лечения в результате перехода к медико-экономическим стандартам в Японии / Г.Е. Бестремянная // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 5. – С. 37-44.
17. Организация медицинского страхования в стране восходящего солнца. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058>.
18. Бондарева, Л.В. Зарубежный опыт решения проблем государственного обеспечения доступности медицинской помощи к населению / Л.В. Бондарева. – 2015. – С. 34-40.
19. Организация медицинского страхования в стране восходящего солнца. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058>.
20. Богуславский, С.И. Медицинское страхования: проблемы и перспективы/С.И. Богуславский, Ю.С. Шибалкина // Внешняя торговля, право и экономика. – 2008. – №4. – С. 83-86.
21. Мних, М.В. Медицинское страхование и возможности его реализация / М.В. Мних // Экономика и правительство. – 2006. – №11. – С. 39-41.
22. Медицинская и страховая система Австралии. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://linx.zp.ua/medychna-i-straxova-systema-avstraliji.html>.

23. Бондарева, Л.В. Зарубежный опыт решения проблем государственного обеспечения доступности медицинской помощи к населению / Л.В. Бондарева. – 2015. – С. 34-40.
24. Кузьмин, Е.Е. Международные страховые услуги: теоретико-прикладные устои / О.Е. Кузьминой, А.С. Завербный, Н.Л. Иващук. – Львов: Национальный университет «Львовская политехника», 2009. – 200 с.
25. Степанова, Е.В. Реформирование системы здравоохранения в США/О.В. Степанова, И.В. Иголкин / – 2012. – №3. – С. 69-82.
26. US Health care costs– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kaiseredu.org>.
27. Виноградов, О.В. Система здравоохранения США. Полезные предложения для государственного управления/ О.В. Виноградов // Економіка і держава. – 2008. – №9. – С. 43-47. Маълумотлар асосида муаллиф томонидан ишлаб чиқилган
28. Стецюк, Т. Финансовые основы построения системы здравоохранения на основе страховой медицины / Т. Стецюк // Страховое дело. – 2008. – №2(30). – С. 72-73.
29. Поклонский, Ф.Э. Формирование финансового обеспечения негосударственных пенсионных фондов через привлечение финансов домохозяйств / Ф.Е. Поклонский, А.С. Трофимова// Вестник Донбасской государственной машиностроительной академии. – 2015. – № 2 (35). – С. 137-142. Маълумотлар асосида тузилди.
30. Солдатенко, О. Теоретические основы социального и медицинского страхования / О. Солдатенко // Предпринимательство, хозяйство и право. – 2010. – №3. – С. 108 – 111.

Copyright: © 2024 by the authors. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-4.0 International License (CC - BY 4.0)

